

PARTO HUMANIZADO NA PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS ENVOLVIDAS COM A ASSISTÊNCIA AO PARTO¹

Jamile Claro de Castro²

Maria José Clapis³

Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6):960-7.

O presente estudo, utilizando abordagem qualitativa, objetivou identificar a percepção das enfermeiras obstétricas sobre humanização da assistência ao parto, bem como evidenciar, através dos discursos, as ações desenvolvidas no processo de nascimento e os fatores dificultadores da implementação dessa assistência. Foram sujeitos deste estudo 16 enfermeiras de uma maternidade do interior do Estado de São Paulo. Seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo, os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, microgravadas, transcritas e organizadas para tabulação e análise. As enfermeiras entrevistadas relataram que o processo de humanização se deu como uma estratégia política que objetiva a melhoria da assistência e o resgate do parto mais natural possível e que acreditam na necessidade de mudança de paradigma para que o processo se concretize. Os resultados evidenciaram, ainda, que as enfermeiras se apresentam mais integradas ao parto como um processo e não como um evento.

DESCRITORES: humanização do parto; enfermagem obstétrica; enfermagem

HUMANIZED BIRTH ACCORDING TO OBSTETRICAL NURSES INVOLVED IN BIRTH CARE

This qualitative study aimed at identifying how obstetrical nurses perceive the humanization of delivery care, as well as evidencing, based on their discourse, the actions they develop during the birth process and factors that complicate the implementation of this care. Study participants were 16 nurses from a maternity in the interior of São Paulo, Brazil. Following the Collective Subject Discourse framework, data were collected by using semistructured interviews that were recorded, transcribed and organized for tabulation and analysis. The results show that, according to these nurses, the humanization process happened as a political strategy for improving care and rescuing normal birth. They believe there is a need to change the paradigm for the process to be concretized. These results also showed that nurses are more integrated with humanized birth as a process, and not as an event.

DESCRIPTORS: humanizing delivery; obstetrical nursing; nursing

HUMANIZACIÓN DEL PARTO SEGÚN ENFERMERAS OBSTETRAS INVOLUCRADAS CON LA ATENCIÓN AL PARTO

La finalidad de este estudio cualitativo fue identificar la percepción de enfermeras obstetras sobre la humanización de la atención al parto, además de evidenciar, a través de sus discursos, las acciones desarrolladas en el proceso de nacimiento y los factores que dificultan la implementación de esa atención. Participaron de este estudio 16 enfermeras de una maternidad del interior del Estado de São Paulo, Brasil. Siguiendo la propuesta del Discurso del Sujeto Colectivo, los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, grabadas, transcritas y organizadas para tabulación y análisis. Los resultados demostraron que las enfermeras entienden que el proceso de humanización sucedió como una estrategia política con objeto de mejorar la atención y rescatar el parto de la manera más natural posible. Consideran necesaria una mudanza del paradigma para que el proceso pueda materializarse. Los hallazgos evidenciaron que las enfermeras se presentan más integradas al parto humanizado como un proceso y no como un evento.

DESCRIPTORES: humanización del parto; enfermería obstétrica; enfermería

¹ Trabalho extraído da dissertação de mestrado; ² Enfermeira Obstétrica, Professor da Universidade de Araraquara, e-mail: castrobussa@uol.com.br; ³ Doutor em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem, e-mail: maclapis@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, o ato fisiológico de parir e nascer passou a ser visto como patológico, privilegiando a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência.

Não se pode negar que a tecnologia e os estudos científicos têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica. Dentre esses, cabe destacar a evolução da operação cesariana que, de um procedimento antes só realizado em mulheres mortas para salvar a vida fetal, passou a ser procedimento que, em algumas situações, proporciona segurança à vida, tanto da mulher como do feto. Observa-se porém, que esse procedimento passou a ser usado sem justificativas obstétricas adequadas, gerando medicalização excessiva de um processo natural e fisiológico como é o parto⁽¹⁻²⁾. O advento tecnológico fez com que o parto deixasse o âmbito domiciliar e adentrasse no hospitalar, processo esse que acometeu não só à assistência obstétrica, mas em toda a área da saúde⁽³⁾.

No entanto, mesmo com a mudança da assistência ao parto para o âmbito hospitalar e com toda a evolução tecnológica, ainda se observa dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres, altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, níveis altíssimos de parto operatório, na maioria das vezes sem real indicação, uso abusivo da tecnologia de ponta, abortos clandestinos, esterilização em massa, baixa adesão das mulheres ao aleitamento materno, entre outras⁽³⁻⁴⁾.

Preocupados com tal situação, a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e outros órgãos não-governamentais, têm proposto mudanças nessa assistência, incluindo o resgate do parto natural, com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto.

Não há como não perguntar qual seria o motivo de chamar essas ações de "humanização". Seria hoje a assistência desumanizada?

O conceito de humanização do parto pode ser bastante diversificado, porém, há um movimento defendendo-o como um processo que respeita a individualidade das mulheres, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas⁽⁵⁻⁸⁾. Assim, "humanizar o parto é

respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas"⁽⁸⁾.

Devido ao modelo assistencial vigente, entretanto, a mulher muitas vezes não tem sequer noção do que seria o respeito à sua individualidade – satisfaz-se em encontrar o leito obstétrico para acolhê-la quando vai parir⁽⁵⁾. A assistência à mulher perdeu seu ponto básico que é o de ser voltada para ela própria, sendo essa uma pessoa completa, com princípios, cultura, vontades e medos.

O termo humanização foi atribuído pelo Ministro da Saúde e sua equipe técnica ao Programa de Pré-natal e Nascimento, com a premissa de melhorar as condições do atendimento e que o profissional privilegie não só o que viu e palpou, mas, também, ouviu o que a gestante descreveu estar sentindo para que o tratamento seja eficiente. Ainda traz a todo momento a importância da participação da família durante a gestação, o parto e puerpério⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Como forma de buscar resposta para o fato dos profissionais não incorporarem atitudes e práticas tão interessantes como propostas para o parto humanizado, o presente estudo estabeleceu como objeto de investigação a percepção das enfermeiras sobre o parto humanizado.

OBJETIVOS

Traçou-se como objetivo deste estudo: identificar a percepção das enfermeiras obstetras sobre humanização da assistência ao parto, buscando evidenciar, através dos discursos, as ações desenvolvidas no processo de nascimento, com vistas à humanização da assistência e identificação de fatores que têm dificultado a implementação da assistência humanizada ao parto.

CAMINHO METODOLÓGICO

Para buscar em profundidade a essência da linguagem das enfermeiras sobre humanização da assistência ao parto, o presente estudo teve como proposta metodológica a pesquisa na linha qualitativa, uma vez que "se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas"⁽¹¹⁾.

Local do estudo

O estudo foi realizado em uma maternidade do interior do Estado de São Paulo, entidade filantrópica, cujo objetivo social é a atenção à gestante carente, mantendo, para isso, atendimento exclusivo às gestantes de baixo risco, provenientes do Sistema Único de Saúde da cidade e região⁽¹²⁾. A filosofia de trabalho dessa entidade baseia-se na humanização do parto, através do estímulo ao parto normal. Como resultado positivo dos projetos desenvolvidos, no ano de 2002, recebeu o Prêmio **Qualidade Hospitalar** do Ministério da Saúde, menção honrosa no **III Prêmio Professor Galba de Araújo** da Região Sudeste pela prática e incentivo ao parto humanizado, e o Título **Hospital Amigo da Criança**, por ter cumprido os dez passos para o sucesso do aleitamento materno⁽¹²⁾.

Devido às características já referidas, o presente estudo foi desenvolvido com as enfermeiras dessa instituição, por ser um hospital conveniado ao SUS, de um município cadastrado no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, e por se apresentar envolvido com o movimento e incentivo ao parto humanizado.

Sujeitos do estudo

Participaram do estudo 16 enfermeiras, sendo 7 residentes de enfermagem obstétrica do primeiro ano, 5 residentes de enfermagem obstétrica do segundo ano; 1 enfermeira e 3 enfermeiras obstetras contratadas, as quais realizavam assistência direta ao parto.

Coleta de dados

A proposta de estudo foi apresentada à Direção da maternidade com o objetivo de solicitar a autorização para sua realização. Após a autorização assinada, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, para análise e aprovação do mesmo, atendendo assim à Resolução nº 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

O próximo passo foi buscar, junto à instituição, a aproximação com as pessoas com o objetivo de identificar os sujeitos a serem entrevistados. A partir daí, iniciou-se o agendamento das visitas e a realização das entrevistas no período de maio a junho

de 2002. Seguindo os princípios éticos de pesquisa, os sujeitos, após o conhecimento da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tratamento e Análise dos dados

A organização dos dados constou da transcrição dos discursos microgravados nas entrevistas (resultando no total de 44 páginas transcritas - Times New Roman, 12 – espaçamento simples), e tabulação seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo⁽¹³⁾. Essa proposta consiste basicamente em analisar o material verbal, transcrito das entrevistas, buscando as seguintes figuras metodológicas: as Expressões Chaves (ECH), as Idéias Centrais (IC) para a constituição do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Após a organização, tabulação dos dados e reflexão acerca dos DSCs elaborados os temas que emergiram no estudo foram: - "*Humanização do parto: é uma política de saúde que busca melhorar a assistência à mulher*"; "*Parto humanizado: é o resgate do parto o mais natural possível*"; "*Humanização do parto: é a desmedicalização da assistência*"; "*Parto humanizado: é uma mudança de paradigma na assistência à mulher*"; "*Na humanização a enfermagem contribui com que pode, porém tem seus limites*"; "*A pior barreira são os médicos*".

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com os temas, utilizando-se alguns discursos (DSC) e as idéias centrais (IC) que foram a base para a análise dos dados.

Humanização do parto: é uma política de saúde que busca melhorar a assistência à mulher

DSC₁: a humanização do parto começou como uma iniciativa do Ministério da Saúde para redução do número de cesáreas; e da mortalidade materna e infantil. Embora se tenha concepções e práticas diferentes, dependendo do contexto local, é um processo que vem se intensificando com o aumento do número de enfermeiras, com o incentivo à formação de enfermeiras obstétricas; e através dos cursos de especialização financiados pelo Ministério da Saúde. Assim, tem se mudado a concepção a respeito do que é um parto humanizado; embora permaneça a

idéia de que parto humanizado é um parto sem dor, parto com analgesia, então não é muito certo o consenso de parto entre as pessoas. Então não é muito certo o consenso de parto humanizado entre as pessoas. Mas os profissionais têm percebido a melhora da assistência tanto para a puérpera quanto para o recém-nascido, quando há possibilidade de ter tudo natural e de permanecerem juntos (enfermeiras contratadas).

Através do DSC₁, pode-se perceber que as enfermeiras acreditam que, embora não haja consenso sobre o que seja a humanização do parto, trata-se de processo que é fruto de políticas ministeriais de saúde que buscam melhorar a assistência à mulher e ao recém-nascido, através da redução das taxas de cesariana e mortalidade materno e infantil e que implicam no envolvimento e melhora da formação das enfermeiras obstetras e das concepções e práticas onde ele é feito. No entanto, referiram pouco acerca dos acontecimentos que influenciaram essa assistência a se tornar desumanizada, como a institucionalização do parto, o interesse da medicina pela área, a falta de enfermeiras obstetras nos serviços de saúde e a própria formação dos profissionais de saúde que visam o biológico e o patológico.

Parto humanizado: é o resgate do parto o mais natural possível

DSC₂: antigamente, o parto era natural e era feito em casa pelas parteiras. Depois os obstetras começaram a levar tudo para o hospital, um evento mais ligado à doença. Agora, algumas pessoas, principalmente as enfermeiras obstetras, começaram a resgatar o conceito de que o parto deva ser o mais natural possível: ainda que feito no hospital, pois gravidez não é doença. Deve-se deixar que a mulher entenda e vivencie o próprio parto, como um evento dela, diminuindo as técnicas invasivas. Tem gente que acha que humanizar o parto é só trazer o acompanhante pra sala, mas humanizar é todo um trabalho feito com a gestante, que começa no pré-natal e adentra o trabalho de parto e o parto (R₂ de enfermagem obstétrica).

A análise do DSC₂ demonstra que as enfermeiras residentes do 2º ano de enfermagem obstétrica entendem que o movimento da humanização do parto tem acontecido na busca de derrubar a idéia de que gravidez seja doença e deva ser tratada como tal. As falas sugerem que um dos responsáveis pela desumanização tenha sido o fato do parto ter deixado o ambiente domiciliar e se embrenhado no ambiente hospitalar.

Há que se destacar que a partir do século XX a institucionalização da assistência ao parto fez com que predominasse o parto hospitalar e, assim, "os cuidados prestados pelas parteiras enquanto mulheres conhecedoras dos 'mistérios do parto', e que acumularam ao longo dos séculos um 'saber empírico' sobre a continuidade da vida, passaram a ser de responsabilidade do profissional de saúde"⁽¹⁴⁾.

Não se pode negar que a tecnologia e os estudos científicos têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica, porém, observa-se que a instrumentalização do parto gerou sua medicalização⁽¹⁻²⁾. O parto passa a ser visto como inerentemente problemático, exigindo a intervenção médica como forma de garantir o bom resultado.

O presente DSC ressalta a necessidade de se resgatar uma forma mais natural do nascimento. A concepção do processo de humanização como resgate do parto mais natural foi apresentada, acrescida da idéia de que esse processo somente ocorrerá quando as mulheres se tornarem protagonistas do parto e nascimento. Dessa forma, nos leva a crer que compartilham de uma concepção mais fundamentada do processo da humanização.

Humanização do parto: é a desmedicalização da assistência

DSC₃: a gente tem que olhar o ser humano como um ser que tem seus sentimentos e, portanto, cuidar dos aspectos psicológicos, cuidar de tudo. A humanização começa pela necessidade de diminuir os índices de cesárea, melhorar a assistência e também por causa da postura hierárquica dos profissionais médicos, enfermagem e outros funcionários do hospital, que consideram a mulher em posição inferior, despersonalizando o seu parto. Ainda ao excesso de intervenções como medicação, toque, aparelho disso e daquilo: enfim, um monte de parafernália. As vezes, as parturientes passam fome e sede. Portanto, humanizar o parto é o resgate da forma mais natural do nascimento; como se fosse em casa (R₁ de enfermagem obstétrica).

O DSC das residentes do 1º ano de enfermagem obstétrica está pautado na visão do cuidado integral à gestante, onde se valoriza tanto seus aspectos físicos como os emocionais e pressupõe como causa do processo de humanização a necessidade de diminuição do índice de cesarianas e da melhoria da assistência à mulher, apontando também o excesso de atitudes intervencionistas que

levam à despersonalização do seu papel no parto. Dessa forma, entendem que a assistência precisa ser desmedicalizada para que se consiga alcançar a humanização.

Embora não se possa negar que as taxas de cesarianas são a mais viva evidência do processo de medicalização da vida da mulher no processo de concepção, diminuí-las não significa que se estará humanizando o parto, uma vez que a simples substituição da cesariana por um parto normal intervencionista (excesso de exames vaginais, rotura artificial das membranas, episiotomia, posições tradicionais entre outras) não levará, por si, só à humanização do parto, haja vista que esse processo depende de mudanças de paradigma.

A medicalização do parto e o abuso tecnológico foram favorecidos pelo fato do parto ter se transformado em ato médico e hospitalizado, a evolução da prática obstétrica e a instauração da medicina científica cooperou para a apropriação e despersonalização do corpo feminino, assim "o corpo feminino passa a ser arena dos médicos, onde a lógica masculina predomina sobre a psique feminina e, assim, o próprio corpo da mulher é visto como canal de parto, um invólucro passível de quem tem o poder de curar"⁽¹⁵⁾.

Visualiza-se através do DSC₃, a percepção de que o movimento da humanização está ligado à política de diminuição de cesarianas e também à melhoria da assistência, de forma a resgatar um nascimento mais natural. Acreditam que isso pode ser conseguido com a desmedicalização da assistência e com a mudança da postura dos profissionais frente às necessidades da mulher.

Parto humanizado: é uma mudança de paradigma na assistência à mulher

DSC₂: humanizar o parto começa desde o pré-natal, tratando a gestante de forma diferenciada, preocupando-se não só com a barriga e o nenê mas com o meio em que vivem. Agora, aqui, dentro do hospital, no pré-parto, além de permitir o acompanhante de sua escolha, que cuide e tranquilize, é você estar proporcionando um ambiente aconchegante; que lembre a casa dela; é deixar ela viver o parto do jeito que ela gostaria que fosse, buscando dentro dela esse melhor jeito; é tratá-la bem, pois não adianta nada proporcionar um monte de coisas, como não fazer tricotomia, dar comida, deixar deambular, não colocar ocitocina e tratá-la mal; é não invadir tanto a privacidade dela; não há necessidade de ficar fazendo toques repetitivos uma vez

que existem outros meios de saber se o trabalho de parto está evoluindo; é utilizar técnicas não medicamentosas para aliviar sua dor, como colocá-la no banho para relaxar, permitir que deambule e realizar a massagem. É também humanizar o processo do parto, permitindo o contato imediato do recém-nascido com a mãe e o acompanhante, e depois todas as questões do Hospital Amigo da Criança, que estimulam o aleitamento materno. Enfim, é permitir um parto natural (R2 enfermagem obstétrica).

DSC₃: parto humanizado não é só ter acompanhante; e nem parto sem dor. O parto é humanizado desde que ela entra aqui na recepção, de atendê-la bem e com respeito; é conversar direito com ela e sua família; explicando tudo o que está acontecendo e o que irá acontecer. Ainda é permitir que o parto aconteça de acordo com aquilo que ela acredita; com o mínimo de intervenções; é reduzir coisas desnecessárias, tipo a tricotomia, a lavagem intestinal, o toque vaginal. Também é a presença do acompanhante se ela quiser e de escolha dela; é ela estar decidindo se quer ou não analgesia; é a liberdade de movimento, a ingesta de líquidos, seria respeitar a vontade dela; e suas particularidades; para que ela se sinta da melhor forma possível, tornando o menos difícil essa experiência (R1 enfermagem obstétrica).

Em relação ao significado de parto humanizado observa-se, através do DSC, que as enfermeiras entendem ser uma mudança de paradigma, onde o processo de gestação, parto e pós-parto deve respeitar a mulher e a família, não só no aspecto biológico, mas também no aspecto psicológico, social e cultural.

Se levar em conta os pressupostos filosóficos e antropológicos que fundamentam a humanização do parto, pode-se constatar que os DSCs apresentados pelas enfermeiras, embora contemplem aspectos importantes da humanização, ainda se prendem mais às práticas menos intervencionistas, necessitando assim de mais reflexão sobre o nascimento.

Na humanização a enfermagem contribui com que pode, porém, tem seus limites

DSC₁: apoiar, ouvir, ficar junto na sala, ajudar e orientar. Além disso eu sou extremamente adepta ao acompanhante, quando eu vejo que vai ajudar a paciente, eu divido vários quartos e coloco todo mundo com acompanhante; embora aqui a autorização seja só para aquelas menores de dezenove anos e as que vieram no cursinho de gestante. Além de colocar o acompanhante, oriento sobre a necessidade do apoio dele para a parturiente. Quanto ao enema, tricotomia, dieta e deambulação a gente tem respeitado, mas, por outro lado, os ocitócitos e a analgesia têm sido usados indiscriminadamente. Mas aqui é assim, existem situações que

até teria como resolver, mas não é fácil, a gente contribui com o que pode (enfermeiras contratadas).

DSC₂: além desse negócio das rotinas que não se faz tricotomia, enteroclistma, ocitocina em todo mundo, eu acho que o que a gente faz mais por elas, o que a gente pode fazer mesmo, tem autonomia para fazer, é orientar. Durante o pré-natal, a gente tem liberdade de atender a consulta e depois ir discutir, então a gente faz o que quer, e se for pensar é nesse momento que a gente consegue humanizar. No centro obstétrico também é mais difícil, porque os médicos ficam em cima, se a gente coloca no banho eles tiram, não permitem que elas andem, então a gente não tem tanta autonomia. Na verdade acho que a gente sabe respeitar mais o momento da mulher (R2 enfermagem obstétrica).

Fica claro nos discursos que as enfermeiras relatam muitas barreiras, mas que acreditam fazer o que podem, ou seja, oferecem apoio e orientam, e quando percebem que pode ajudar, permitem a presença do acompanhante. É importante ressaltar que, apesar de identificarem a importância do acompanhante, colocam-se moldadas por uma norma institucional pré-estabelecida que determina as situações na qual o acompanhante é permitido, o que parece estar em desacordo com o que determina a legislação. A mulher tem direito, por lei, a ter um acompanhante, não cabendo ao profissional decidir quem é o acompanhante ideal e muito menos as condições que justifiquem a presença do mesmo. Além de que já existem vários trabalhos mostrando a importância do acompanhante na prevenção da ocorrência de problemas e intervenções.

Quanto à oferta de medidas de conforto, referida pelas enfermeiras, como o banho e o ambiente calmo, muito se tem discutido sobre suas vantagens no trabalho de parto e sua influência na humanização do parto.

Muitas são as estratégias que podem ser utilizadas para favorecer o momento do parto tais como: ambiente aconchegante, massagens, oferta de líquidos durante o trabalho de parto, deambulação, alívio da dor e presença do acompanhante, as quais facilmente podem ser desenvolvidas pela enfermagem^(7-8,16).

Dos DSCs das enfermeiras emergiu um tema principal que remete a uma importante discussão, de que, embora as enfermeiras reconheçam práticas inerentes à humanização, colocam-se impedidas de executá-las devido à hegemonia médica⁽¹⁷⁾.

A enfermeira obstetra é um dos profissionais mais apropriado para o acompanhamento da gestação e partos normais de baixo risco. Estudos

realizados na Inglaterra e Estados Unidos demonstraram que os partos assistidos pelas enfermeiras obstetras apresentam menores índices de cesarianas, de uso de fórceps, de indução do parto, controle eletrônico do foco e menor frequência do uso de medicação, o que reflete no nascimento de bebês apresentando melhores índices de Apgar⁽¹⁸⁾.

Historicamente a medicina foi transformada num poder pela sociedade capitalista como estratégia de um controle social e peça fundamental do existir dessa sociedade. O saber médico transformou a arte de curar em poder de curar.

Por outro lado, a enfermagem obstétrica, em desvantagem histórica de gênero, por muito tempo não conseguiu formar uma corporação profissional capaz de conquistar um espaço com autonomia respeitada, e que foi enfraquecendo pelo poder político da medicina. Vide as falas das enfermeiras que, mesmo nos cuidados de responsabilidade da enfermagem (banho, deambulação), ocorre a interferência decisória da medicina.

A pior barreira são os médicos

DSC₃: o conceito (de medicalização) que as pessoas da equipe trazem antes do conceito de parto humanizado torna-se uma barreira, ou seja, são muito voltadas para a técnica, procedimento, terapêutica, descartando a parte natural de todo processo, é como se o conhecimento que as pessoas têm de si próprias, de sua natureza, fossem menores do que o que a ciência trouxe ao longo da história. Na equipe, a pior barreira são os médicos, se tivesse no pré-parto enfermeiras obstétricas trabalhando, a gente conseguiria implantar a humanização. Agora, da parte administrativa, a barreira começa no corpo clínico, questões conceituais e de formação: porque a própria diretoria não aceita parto normal, tiram até sarro, não acreditam mesmo, porque parto normal é cesárea para eles. Só acabam fazendo parto normal por ser uma exigência da Prefeitura e para ganhar o título de Hospital Amigo da Criança. A Instituição também tem que entender que não é fazendo anestesia de parto em todas as pacientes que se humaniza; e nem diminuindo o número de cesáreas com o aumento de fórceps; muito menos somente pregando que o aleitamento tem que ser exclusivo; e sim uma reestruturação educacional com os profissionais; em cima de embasamento científico. Agora não sei dizer se a comunidade está preparada para este tipo de parto, porque teve um tempo que o parto era em casa com as parteiras e com toda a medicalização os médicos tornaram-se deuses para comunidade, mas ao mesmo tempo que ela ficou acostumada com a sabedoria do profissional, está hoje em fase de insatisfação, percebendo que aquele

atendimento de dez minutos não atinge o que precisam. Seria este o momento de levar a comunidade a acreditar no parto humanizado com ciência e tecnologia, diferente do antigo parto domiciliar (enfermeiras contratadas).

DSC₂: existem muitas barreiras, a começar por nós, eu acho que a gente às vezes tem medo de ousar, medo do que os outros vão pensar, de não estar realmente certo, assim precisamos saber sempre o que estamos fazendo, que vai ser o melhor para elas e ter coragem para dar a cara para bater. Outro fato é o de se ter instituído rotinas, de se ter institucionalizado o parto, de vê-lo como doença que necessita de intervenção; enfim uma construção social de que o parto é uma coisa dolorida e sofrida. Por exemplo, o que acontece com a analgesia; eles acham que esse negócio de banho, massagem, do contato físico, do carinho, é muito de enfermeira; e se querem fazer analgesia eles vão e fazem, orientando ou não a paciente. O fato de barrar o parto da enfermeira por causa de pagamento, de não querer credenciar, tudo resistência médica, questões burocráticas. Além de que, muitos da equipe acham que esse negócio de humanizar dá mais trabalho como o pessoal fala, tem que ficar ali do lado, cuidando, tem que dar atenção, é muito mais prático colocar a mulher na cama e deixar lá quieta, colocar soro e fazer nascer logo. Claro que já melhorou muito, mas como trabalho de formiguinha; de boca-a-boca, de pouquinho e vai indo (R2 enfermagem obstétrica).

Ao se analisar os DSC evidencia-se que as enfermeiras, sejam as contratadas ou as residentes de enfermagem obstétrica, referem ser a pior barreira a prática médica, uma vez que é carregada de conceitos e práticas medicalizados.

Há que se ressaltar, como apontado pelas enfermeiras, que muitas vezes a própria enfermeira tem medo de ousar, sentindo-se insegura na sua atuação e temendo julgamento dos outros profissionais. Autonomia é uma característica conquistada e não dada e, nesse sentido, as enfermeiras precisam se colocarem como protagonistas do processo, acreditando nas suas capacidades de humanizar a assistência.

Finalizando, os DSCs mostram que as enfermeiras, embora tenham um conceito bastante

homogêneo e condizente com as propostas de humanização, ainda têm sua atuação limitada por fatores socioculturais e institucionais, reconhecendo como barreiras a medicalização do parto, a hegemonia médica e a falta de autonomia da enfermeira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados empíricos obtidos nos Discursos do Sujeito Coletivo do presente estudo demonstraram que muito já se avançou na busca da humanização, porém, ainda existem distorções sobre o processo da humanização.

Os resultados evidenciaram que as enfermeiras entendem que o processo de humanização se deu por imposição da política governamental, a qual objetiva a diminuição das taxas de cesarianas e a melhoria da assistência à mulher. Acreditam que, para que isso ocorra, há necessidade de mudança de paradigma, na qual incluam a mulher como protagonista do processo.

Na prática cotidiana o que mais as enfermeiras conseguem realizar é o apoio e orientação através dos cursos de gestante, mas procuram oferecer medidas de conforto como ambiente calmo e banho, permitir acompanhante e evitar intervenções como a tricotomia, enema e uso de ocitocina.

As mulheres precisam ser educadas, dando a elas estímulo para serem protagonistas de suas vidas, incluindo não só a vida reprodutiva, mas também seu empoderamento, para se defender da discriminação e da violência⁽¹⁹⁾.

Indivíduos respeitados no seu processo de nascer (acolhidos) são, potencialmente, futuros cidadãos resolvidos, com menor potencial para se envolverem com a droga e a violência. "Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer"⁽¹⁶⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaves IMM, Pereira RIC, Bastos CO, Pereira RR. O anestesiologista no parto humanizado. [Acesso 16 Jan 2002]. Disponível em: URL: http://www.clasa-anestesia.org/appendice/o_anestesiologista_no_parto_humanizado.htm
2. Cecatti JG, Pires HMB, Goldenberg P. Cesáreas no Brasil: um direito de opção? In: Galvão L, Díaz J, organizadores. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec/Population Council; 1999.

3. Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. [Tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 1997.
4. Tanaka ACd'A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco; 1995.
5. Rattner D. Humanizando o nascimento e o parto: o workshop. In: Síntese do Seminário Estadual Qualidade da Assistência ao Parto: contribuições da enfermagem; 1998. Curitiba: ABEn - Seção Paraná; 1998.

6. Miyake K. O futuro da obstetrícia no mundo. In: Relatório Conferência Nacional sobre organização de serviços para maternidade segura à luz da humanização; 1998. Fortaleza; 1998.
7. Jones RH. Humanização do parto: qual o verdadeiro significado? [Acesso 16 Jan 2002]. Disponível em: URL: <http://www.amigasdoparto.com.br/ac015.html>.
8. Largura M. Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica. Por um parto mais humano e solidário. 2ªed. São Paulo (SP): Sarvier; 2000.
9. Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: MS; 2000.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 569, 01 de junho de 2000. [Acesso em 22 Ago 2000]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/human>.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa. 7ª ed. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco; 2000.
12. Mater (RP). Relatório Técnico da Maternidade do Complexo Aeroporto. Ribeirão Preto: Fundação Maternidade Sinhá Junqueira; 2002.
13. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUSCS; 2000.
14. Nascimento MGP, Santos OMB, Souza ML. Vivenciando o processo do nascimento. Texto & Contexto Enfermagem 1997 janeiro/abril; 6(1):157-67.
15. Tanaka ACd'A, Alvarenga AT. Tecnologia e medicalização na concepção e anticoncepção. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec/Population Council; 1999.
16. Odent M. O renascimento do parto. Florianópolis: Saint Germain; 2002.
17. Foucault M. Microfísica do poder. 3ªed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1982.
18. Merighi MAB, Gualda DMR. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. Rev Diagn Tratamento 2002 abril/maio/junho; 7(2):6-10.
19. Brüggemann OM. Buscando conhecer as diferentes partituras da humanização. In: Oliveira ME, Zampieri FM, Brüggemann OM. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura; 2001.